Aus der Universitäts-Hautklinik Heidelberg

Direktor: Prof. Dr. W. Schönfeld

Die Bedeutung der makroskopischen Betrachtung der Mundschleimhaut für die Erkennung von Dermatosen und wichtigen Allgemeinerkrankungen

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der zahnärztlichen Doktorwürde
der Hohen medizinischen Fakultät
der Ruprecht-Karl-Universität zu Heidelberg

vorgelegt von

Richard Wolf, appr. Zahnarzt
aus Heppenheim/Bergstr.

Lane Medical Library

1939

BUCHDRUCKEREI GUSTAV OTTO K.-G. HEPPENHEIM-BERGSTRASSE

Dekan: Prof. Dr. Rodenwaldt
Referent: Prof. Dr. Leipold

Tag der mündlichen Prüfung: 18. November 1939

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Heidelberg

Plan

Seite

Einleitung 5

1. Mundschleimhaut und Hautkrankheiten

Lichen ruber planus 10
Pemphigus 11
Erythema exsudativum multiforme 12
Lupus erythematodes 13
Soor 14
Syphilis 15

2. Mundschleimhaut und Allgemeinerkrankungen

Masern 21
Scharlach 23
Agranulozytose 24
Leukämie 25
Perniciöse Anämie 26

Schluß 27

Schrifttum 28

Bekanntlich besteht zwischen der Mundschleimhaut und der äußeren Haut ein enger entwicklungsgeschichtlicher Zusammenhang. Speziell die Wangenschleimhaut vom Mundwinkel bis zu den Weisheitszähnen und zwar der den Zahnreihen gegenüberliegende Teil derselben weist nahe Beziehungen zur Hautstruktur auf. Dies kann klinisch und anatomisch gestützt werden. Die anatomischen Verhältnisse hat S. Schumacher in einer Arbeit aus dem Jahre 1924 klar herausgestellt. Auf seine Gedankengänge und Ergebnisse soll hier etwas näher eingegangen werden:

Die Wange entspricht entwicklungsgeschichtlich betrachtet den während der Entwicklung zur Verwachsung gelangten Teilen der Lippen bezw. Lippenanlagen des Oberkiefer- und Unterkieferfortsatzes, die zum Unterschiede von den freibleibenden „Mundlippen" als „Wangenlippen" bezeichnet werden. Beim Embryo ist die Mundspalte ursprünglich sehr breit. Sie reicht weit dorsal und verschmälert sich allmählich immer mehr durch die fortschreitende Verwachsung der Wangenlippen. Der Mundwinkel rückt dadurch immer weiter nach vorn. Es liegt nun auf der Hand, daß durch dieses Zusammenwachsen der Wangenlippen ein epitheliales Feld in der Wangenschleimhaut fortbesteht, welches anfangs als Lippenbedeckung diente.

Die Lippen bestehen aus quergestreifter Muskulatur, dem Musc. orbicularis oris, welcher außen von der äußeren Haut und innen von der Schleimhaut bedeckt wird. Den Übergang zwischen äußerer Haut und Schleimhaut bildet der Lippensaum, der den freien Rand der Lippen darstellt.

Die Wangen entsprechen in ihrem Bau vollkommen den Lippen: als Grundlage haben wir wieder Skelettmuskulatur, den Musc. buccinatorius. Außen haben wir wie bei den Lippen als Bedeckung die Haut, innen Schleimhaut.

Wo bleibt nun der dem Lippensaum analoge Teil der Wangen?

Der Lippensaum geht bei der Verwachsung der Lippen zur Wange nicht vollständig verloren, sondern der der Schleimhaut benachbarte Teil derselben bleibt an der Schleimhautseite der Wange als streifenförmiger Bezirk bestehen, der am Mundwinkel beginnend, in der Verlängerung der Mundspalte rachenwärts bis gegen das aborale Ende des Vestibulum oris hinzieht. Dieser Bezirk wird als sog. „Saumregion" bezeichnet. Er liegt den Zahnreihen gegenüber und teilt die Wangenschleimhaut, von der er scharf abgegrenzt ist, in einen mandibularen und maxillaren Teil.

Schumacher will nun beweisen, daß die Saumregion der Wange dem Lippensaum entspricht. Gelingt der Beweis, dann steht fest, daß die Saumregion der Wange, wie der Lippensaum nicht als eigentliche Schleimhaut anzusprechen ist, sondern wie letzterer als Übergangsgebilde zwischen Schleimhaut und äußerer Haut. Schumacher erbringt anatomische, histologische und entwicklungsgeschichtliche Beweise.

Die Lippen zeigen in ihren verschiedenen Teilen Unterschiede im Verhalten des Epithels und der Papillen. Besonders deutlich ist dies beim Neugeborenen festzustellen.

Im Hautteil der Lippen findet sich eine dünne Epidermis mit niedrigen und nicht zahlreichen Papillen, außerdem Haare mit zugehörigen Talgdrüsen und Schweißdrüsen.

Der Lippensaum imponiert durch dickeres Epithel, durch mächtig entfaltete Papillen und das Fehlen von Haaren und Schweißdrüsen.

Die Schleimhautseite ist durch weniger hohes Epithel, weniger hohe und unregelmäßiger ausgebildete Papillen und gemischte Speicheldrüsen ausgezeichnet.

Beim Neugeborenen lassen sich am Lippensaum deutlich zwei Zonen unterscheiden: die Pars glabra, die unmittelbar an den Hautteil anschließt, noch Verhornungserscheinungen zeigt und stets eine glatte Oberfläche ausweist und die Pars villosa. Diese ist, beim Neugeborenen wenigstens, in der Mehrzahl der Fälle durch freie, über die Oberfläche vorragende, zottenartige Bildungen ausgezeichnet, die als Lippenzotten bekannt sind und makroskopische Papillen darstellen. Durch die starke Epithelverdickung in der Pars villosa erhebt sich diese wulstförmig gegenüber der Pars glabra und bildet dadurch den Lippenwulst.

Da nun die Wangenlippen vorzugsweise in dem nach aussen gelegenen Lippenteil, der später der Pars glabra entspricht, verwachsen, muß in der Gegend der Verwachsungsstelle ein streifenförmiger Bezirk entstehen, der die Entwicklungsmöglichkeiten der Pars villosa zeigt. Das ist auch tatsächlich der Fall, denn beim Neugeborenen kann man einen mehr oder weniger deutlich ausgebildeten, streifenförmigen Bezirk beobachten, der vom Mundwinkel ausgehend, sich über die ganze Wangenschleimhaut bis gegen den Kieferast hinzieht und der mit Zotten besetzt ist, die im Bau und Aussehen den Lippenzotten entsprechen.

Auch den Lippenwulst der Pars villosa finden wir hier wieder und nennen ihn Wangenwulst. Beide Wülste sind ausgezeichnet durch Verdickung des Epithels und mächtige Ausbildung der Papillen, die so stark entwickelt sein können, daß sie als freie Vorragungen an der Oberfläche, als Zotten, imponieren können.

Nach dem Säuglingsalter bilden sich die Lippenzotten vollständig zurück. Ebenso fallen auch die Wangenzotten der Rückbildung anheim. Während der Lippenwulst auch vollständig verschwindet, hat Schumacher beobachtet, daß, wenigstens in vielen Fällen, der Wangenwulst sich nicht vollständig zurückbildet, sondern, daß der mittlere Teil desselben beim Erwachsenen in Form einer vorspringenden Leiste erhalten bleibt. Diese Leiste stellt die ursprüngliche Verschmelzungslinie der beiden Wangenlippen dar, und wird als Wangennaht bezeichnet.

Diese Wangennaht liegt in der Mitte des Wangensaumes und entspricht der Schlußlinie der Zahnreihen. Die Wangennaht ist histologisch nachzuweisen: Bei Frontalschnitten durch die Wange erscheint sie an der Schleimhautseite als bald mehr spitzkegelförmige, bald etwas breitere Vorwölbung und ist stets gekennzeichnet durch die außerordentlich hohen, schmalen, regelmäßig gestellten Papillen, die bis an die Epitheloberfläche reichen. Nach oben und nach unten von der Wangennaht nimmt die Höhe der Papillen allmählich ab. Sie nehmen den Charakter der Schleimhautpapillen an, indem sie allmählich breiter und unregelmäßiger werden.

Ein weiterer Beweis für die Identität von Wangen- und Lippensaum ist die Drüsenverteilung in diesen Gebieten.

In den menschlichen Lippen kommen, abgesehen von der

äußeren Hautbedeckung, zwei Arten von Drüsen vor, die glandulae labiales und freie Talgdrüsen. Den glandulae labiales entsprechen die glandulae buccales der Wangenschleimhaut. Dies sind, wie die ersteren, gemischte Speicheldrüsen und entsprechen diesen auch in ihrem Bau.

Diese Backendrüsen sind nichts anderes als Wangenlippendrüsen und entsprechen in jeder Beziehung vollkommen den Mundlippendrüsen. Entsprechend der Lage der Lippendrüsen im Schleimhautteil der Lippen fehlen die Backendrüsen in der Saumgegend der Wange vollständig und finden sich nur oberhalb und unterhalb derselben.

Frei mündende Talgdrüsen werden sowohl im Lippensaum wie in der Wangenschleimhaut gefunden, jedoch nur in einem bestimmten Prozentsatz der Fälle. Bei der Verwachsung der Lippen zur Wange wird ein Epithelgebiet in den Bereich der Wangenschleimhaut einbezogen, das die Fähigkeit hat, Talgdrüsen zu erzeugen. Da dieses Epithelgebiet dem ursprünglichen Lippensaum entspricht, muß es nach der Verwachsung im Saumgebiet der Wange gelegen sein. Man wird daher gelegentlich freie Talgdrüsen in der Wangenschleimhaut antreffen und zwar nur im Saumteil derselben. Als erster hat Fordyce diese freien Talgdrüsen im Wangensaum gesehen.

Kraft der vorausgegangenen Schilderung kommen wir nun zu folgenden Ergebnissen:

Die Saumgegend der Wange ist nicht eigentliche Schleimhaut. So wie der Lippensaum ein Übergangsgebiet zwischen äußerer Haut und Schleimhaut bildet, stellt auch der Wangensaum ein Übergangsgebiet dar und zeigt alle Eigenschaften desselben.

Der maxillare und mandibulare Schleimhautanteil der Wange gleicht in seiner Beschaffenheit dem Schleimhautteil der Ober- und Unterlippe, die Saumgegend der Wange den Lippensäumen.

Die Backendrüsen bilden die Fortsetzung der Lippendrüsen. Speicheldrüsen kommen nur im Schleimhautteil der Lippen, daher auch nur im maxillaren und mandibularen Schleimhautteil der Wange vor.

Freie Talgdrüsen finden sich beim Menschen nur in den Lippensäumen und daher auch nur im Saumgebiet der Wange.

Diesen anatomischen Beobachtungen kann man auch klinische

Beobachtungen anschließen, die auch ihrerseits die entwicklungsgeschichtlichen Zusammenhänge zwischen Saumgegend der Wange und äußerer Haut hervorheben:

Die Saumgegend der Mundschleimhaut ist, wie schon erwähnt, der häufige und einzige Sitz von freien Talgdrüsen, die zuerst von Fordyce beschrieben worden sind.

Weiterhin ist die Tatsache bekannt, daß physiologische und pathologische Pigmentierungen diese spezifische Wangenpartie bevorzugen. Die Rassenpigmentierungen z. B. bei Zigeunern treten ausgesprochen in Streifenform längs der Zahnschlußlinie auf. Eine pathologische Pigmentierung in dieser Gegend findet man am markantesten bei der Addison'schen Krankheit. Hier ist die Wangenschleimhaut und speziell die Saumgegend manchmal in ausgesprochener Streifenform ergriffen.

Am auffallendsten jedoch ist die Tatsache, daß eine Reihe von Hautkrankheiten Erscheinungen gerade an dieser Schleimhautpartie hervorruft oder, daß diese Enantheme zumindest in der Saumgegend häufiger lokalisiert sind als in der ganzen übrigen Mundhöhle.

Bei dem engen entwicklungsgeschichtlichen Zusammenhang der Saumregion mit der äußeren Haut liegt es nahe, daß gerade dieser Teil oft so kennzeichnende Krankheitserscheinungen aufweist, daß diese Veränderungen unter Umständen bei, durch sekundäre Krankheitsauflagerungen atypisch gewordenen Hautkrankheiten für die richtige Auffassung der Dermatose entscheidend herangezogen werden können.

Für die Diagnose ist wichtig, daß die Mundschleimhautaffektionen oft weniger charakteristisch sind als die Erscheinungen auf der Haut. Die Diagnose von entzündlichen Rötungen erfordert auf der Mundschleimhaut einen gut geschulten Blick und ein feines Erinnerungsvermögen für kleinste Farbunterschiede. Blasen haben auf der Mundschleimhaut im allgemeinen eine kurze Lebensdauer, aber man erkennt ihr ehemaliges Vorhandensein doch an dem feinen flottierenden Epithelsaum um eine Erosion.

In den folgenden Ausführungen sollen nun die Dermatosen, die gleichzeitig auf der Haut und Mundschleimhaut Erscheinungen machen können, besprochen werden. Zu ihnen gehören

der Lichen ruber, der Pemphigus, das Erythema exsudativum multiforme, der Erythematodes, der Soor und die Syphilis.

Lichen ruber planus.

Die Erkennung des Lichen ruber planus auf der äußeren Haut ist im allgemeinen nicht sehr schwierig. Besonders dann nicht, wenn er in seiner typischen Form und an seinen typischen Lokalisationsstellen auftritt. Als Praedilektionsstellen sind die Seitenteile des Rumpfes, der Bauch, die oberen und unteren Rückenpartien, die Handbeugen und Beugeseiten der Unterarme, das Gesäß und die Beugeseiten der Ober- und Unterschenkel zu nennen. Er ist charakterisiert durch stecknadelkopf- bis hanfkorngroße, wachs- oder lachsfarbene, polygonale, stark juckende papulöse, an der Oberfläche mit verdickter Hornschicht versehene, mattglänzende Efflorescenzen. Sehr eigenartig ist auch die Dellung der Lichen ruber Papel.

In atypischen Fällen kann die Diagnose jedoch sehr schwierig sein. Zu den häufigsten Atypien führen papillomatöse, verruköse oder hypertrophische Umwandlungen der Lichen ruber Papel, sowie Abweichungen von der Lieblingslokalisation. In diesen Fällen kann oft die Betrachtung der Mundschleimhaut von ausschlaggebender Bedeutung für die Diagnose sein.

Der Lichen ruber der Mundschleimhaut ist nach Trautmann in 75—92 % der Fälle an der Wangenschleimhaut von den Mundwinkeln bis zu den Weisheitszähnen lokalisiert, also an jener Stelle, die entwicklungsgeschichtlich mit der äußeren Haut nahe verwandt ist.

Die Primäreffloreszenz des Schleimhautlichen ist wie auf der Haut eine Papel. Diese Papeln erscheinen im Anfangsstadium auf der Wangenschleimhaut als weißliche oder etwas dunkler bis silbergrau verfärbte Knötchen, die sich deutlich über die umgebende Schleimhaut erheben.

Auf der Gingiva, dem harten und weichen Gaumen stehen die Knötchen gewöhnlich isoliert.

Auf der Zunge sieht man den Lichen ruber meist in Form von weißlichen Flecken, die dadurch entstehen, daß die Knötchen bald konfluieren. Schäfer gibt an, daß an der Unterseite der

Zunge oft sehr charakteristische und ausgebildete Lichen ruber planus-Efflorescenzen als auffallend weißglänzende Knötchen zu finden und diagnostisch zu verwerten sind, wenn die Eruption am Körper Zweifel wachruft.

Der Lichen ruber der Mundschleimhaut tritt bald in Form miliarer, weißer, flacher Papeln, die linear angeordnet sind oder mosaikähnlich zusammenstehen, auf oder er bildet zarte, weiße Linien, Netzwerke und zierliche Figuren, die mit einem Strick- und Spitzenmuster oder mit einem Gitternetz vergleichbar sind.

Am charakteristischsten sind die Veränderungen auf der Wangenschleimhaut. Die Papeln sind hier weißlich bis perlmutterglänzend, scharf abgegrenzt, von rauher Oberfläche, induriert und bei Berührung lederartig. Sie zeigen die eigentümlichen Streifen und Punkte Wickhams. Durch Konfluenz und Zutritt neuer Herde bilden sich eigentümliche Plaques und Streifungen, die von den Autoren als mosaikähnlich und farnkrautblattähnlich bezeichnet wurden oder mit Strick- und Spitzenmustern verglichen wurden.

In seinen typischen Fällen ist der Lichen ruber der Mundschleimhaut so charakteristisch, daß mit seiner Hilfe eventuell ein atypischer oder uncharakteristischer Ausbruch auf der äußeren Haut wohl erkannt werden kann.

Finger weist auf Ähnlichkeiten im Verlauf und in den Typen der Psoriasis und des Lichen ruber hin. Größere diffuse, schuppende Lichenflächen sind bisweilen einer schuppenarmen Psoriasis ähnlich. In solchen Fällen sollte man stets auf eventuelle Erscheinungen in der Mundhöhle achten, da diese Aufklärung bringen können.

Obermiller führt einen Lichen pigmentosus an, der durch Mundschleimhautaffektionen geklärt wurde.

Sequira erwähnt einen Fall von unklarer Licheneruption der Handteller. Auch hier wurde die Diagnose durch die Munderscheinungen ermöglicht.

Kren schildert einen Fall, bei dem an der Schläfe ein atrophischer Herd und auf dem Handrücken warzenförmige Hornauflagerungen imponierten. Die Diagnose Lichen wäre ohne geradezu klassische Lichen ruber-Formen an den Wangenschleimhäuten fast unmöglich gewesen.

Der Pemphigus ist dadurch gekennzeichnet, daß auf der unveränderten Haut und Schleimhaut Blasenbildungen aufschiessen, für deren Entstehung keine äußeren Ursachen angenommen werden können. Früher oder später treten mehr oder weniger ausgesprochene Allgemeinerscheinungen hinzu. Die Erkennung ist in typischen Fällen nicht schwierig. Sie wird erleichtert durch die Begleiterscheinungen wie Eosinophilie, Nikolsky'sches Phänomen, Kochsalzretention im Harn bei Ausbrüchen, die mit starkem Eiweißzerfall einhergehen.

Sieht man nun bei der Inspektion der Mundhöhle eine Blase, so wird man an die Möglichkeit eines Pemphigus denken. Hierzu ist man berechtigt, denn die Beteiligung insbesondere der Mundschleimhaut ist kein gelegentliches Vorkommnis, sondern gehört geradezu zum klinischen Bild der Erkrankung. Nach Zinsser ist es gewiß nicht übertrieben, wenn man annimmt, daß in mehr als der Hälfte der Fälle die Mundschleimhaut miterkrankt. Es besteht in der Mundhöhle eine gewisse Vorliebe für die Lokalisation an Wangen und Gaumen, aber auch Lippen, Zunge, Gaumensegel, Uvula und Tonsillen können in gleicher Weise miterkranken.

Nun sei das lokale Bild in der Mundhöhle beschrieben. Auf der gesunden oder vorher geröteten Mundschleimhaut schießen plötzlich Blasen von verschiedener Größe auf. Sie haben einen klaren oder hämorrhagischen Inhalt. Sie werden jedoch selten beobachtet, da sie sehr frühzeitig platzen. An ihrer Stelle sieht man dann eine Erosion, mit oder ohne Entzündungssaum, deren blasiger Ursprung eine zeitlang an den am Rande haftenden Epidermisfetzen erkannt werden kann. Die Erosion überzieht sich bald mit einem grauen, fibrinösen, diphteroiden Belag und beginnt, wenn keine weiteren Blaseneruptionen an dieser Stelle erfolgen, sich bald zu epithelialisieren.

Der Verlauf des Mundschleimhautpemphigus geht im wesentlichen parallel mit dem der äußeren Haut. Wendet sich die Erkrankung zum schlechteren, häufen sich die Blaseneruptionen auf der äußeren Haut oder geht die vulgäre Form in den Pemphigus foliaceus über, dann ist auch in der Regel mit einer Ver-

mehrung und Häufung der Blasenbildung auf der Mundschleimhaut zu rechnen.

Bei jeder Form des Pemphigus kommen Mundaffektionen primär und sekundär vor. Die Frage, ob für die verschiedenen Formen der Pemphiguserkrankungen ein verschiedenes Verhalten der Mundschleimhaut feststellbar ist, kann im allgemeinen nicht bejaht werden, wenigstens nicht insofern, als man etwa aus dem Verhalten der Mundschleimhaut differentialdiagnostische Schlüsse für die ohnehin selten ganz scharf voneinander zu trennenden Pemphigusformen ableiten könnte.

In den Veröffentlichungen über letal endenden schweren Pemphigus findet man immer wieder die Angabe, daß der Prozeß auf der Schleimhaut und besonders auf der Mundschleimhaut begonnen hat. Sehr oft sind Halsbeschwerden und Schluckbeschwerden das erste Symptom des schweren Pemphigus. Es gilt im allgemeinen die Regel, daß vorwiegende Beteiligung der Mundschleimhaut und Beginn auf der Mundschleimhaut die Prognose ungünstig beeinflußt. Man sieht dies als Signum mali ominis an.

Erythema exsudativum multiforme.

Nicht alle Blasen und deren Folgen auf der Mundschleimhaut sind durch Pemphigus verursacht. Auch das Erythema exs. m. kann hierfür ursächlich in Frage kommen.

Auf der äußeren Haut ist das Erythema exs. m. dadurch gekennzeichnet, daß es in typischen Fällen die Streckseiten der Extremitäten, besonders den Handrücken und die Finger, Fußrücken und die unteren Teile des Unterschenkels befällt. Es schiessen dort hell- bis ziegelrote, unscharf begrenzte, leicht erhabene, sich nicht derb anfühlende Efflorescenzen akut auf, die sich zum Teil bis auf 5 und 10 Pfennigumfang vergrößern. Ihre Gestalt ist dabei rundlich oder mehr polygonal mit ein- und ausspringenden Ecken, sodaß ein recht mannigfaltiges, polymorphes Bild entsteht. Während zunächst die Farbe mehr einheitlich rötlich ist, sieht man an fast allen größeren Stellen in dem zentralen Teil eine bläuliche bis weißliche Verfärbung, die als weiteres Symptom der typischen Erythema exs. m. Efflorenscenz ange-

sprochen werden muß. Der Entzündungsprozeß kann sich jederzeit bis zur Blasenbildung steigern. Im allgemeinen sind die Blasen nicht sehr groß und flach. Nach dem Platzen der Blasen bleiben oberflächliche Erosionen zurück, die sich bald mit Krusten bedecken.

Wenn das Erythema exs. m. mit den anfangs beschriebenen Efflorescenzen an den Praedilektionsstellen auftritt, so ist meistens das Krankheitsbild auf den ersten Blick zu diagnostizieren. Nicht ganz leicht kann die Diagnose werden bei atypischer Lokalisation oder wenn die Polymorphheit fehlt und nur ziemlich derbe, sattrote oder ziegelrote, etwa hanfkorngroße Erhebungen bestehen, die an andere papulöse Affektionen, an arteficielle Reizung, an Ekzema papulatum usw. erinnern können.

In solchen Fällen könnte eine Beteiligung der Mundschleimhaut diagnostische Anhaltspunkte geben.

Die Schleimhäute sind beim Erythema exs. m. außerordentlich oft ergriffen, manchmal sind sie der erste Sitz der Krankheitserscheinungen. Meist erfolgt der Ausbruch auf der Schleimhaut gleichzeitig mit jenem der äußeren Haut. Am häufigsten wird die Mundschleimhaut ergriffen. Sitz des Enanthems ist mit Vorliebe die Lippenschleimhaut, sowie die angrenzenden Partien der Wangenschleimhaut. Außerdem sind oft harter und weicher Gaumen sowie die Tonsillen beteiligt.

Die Erscheinungen auf der Mundschleimhaut sind jenen der Haut ähnlich. Flecke findet man nur selten, auch Blasen in ungeplatztem Zustand werden kaum beobachtet. Meist bestehen Erosionen, die durch ihre scharfe Begrenzung und ihre Kreisform die Entstehung aus Blasen deutlich erkennen lassen. Vielfach liegen Reste der Blasendecken als weißliche Epithelfetzen zumindest noch an den Rändern der Erosionen.

In anderen Fällen ist das Epithel gequollen, weißlich verfärbt mit einem roten Hof umgeben und mit einem breiartigen Belag bedeckt, nach dessen Ablösung eine leicht blutende Erosion zutage tritt. Annuläre Formen sind auf der Mundschleimhaut meist nur angedeutet, ganz selten sieht man Iriszeichnungen.

Es gibt Fälle von Erythema exs. m., bei denen die Rezidiven vor allem in der Mundhöhle auftreten.

Lupus erythematodes.

Die Diagnose des chronischen Lupus erythematodes ist in typischen Fällen leicht. Die meist scharf umschriebenen, rundlichen Stellen, mit dem hyperkeratotischen, meist eingesunkenen, oft schon atrophischen Zentrum und dem roten, nur mäßig infiltrierten Rande sind so charakteristisch, daß die Diagnose in der Regel schon auf den ersten Blick gestellt werden kann. Es gibt aber, besonders in den Anfangsstadien, Fälle, bei denen zunächst eine Entscheidung nicht getroffen werden kann. Da ist dann oft die Lokalisation an den typischen Stellen von großer Bedeutung. Der Lupus erythematodes bevorzugt nämlich ganz ausgesprochen die Hautpartien, die dem Lichte, der Luft und anderen äußeren Reizen ausgesetzt sind. Darum sind seine Lieblingslokalisationen Gesicht, Kopf und Hände.

Auch die Beteiligung der Mundschleimhaut erleichtert in unklaren Fällen die Diagnose, da sie, meist nicht behandelt, gegenüber den oft durch therapeutische Eingriffe unkenntlich gemachten Hautleiden, das ursprüngliche Krankheitsbild aufweist.

Über die Häufigkeit der Schleimhautbeteiligung, namentlich bei der chronischen Form des Lupus erythematodes sind die Meinungen recht verschieden. Die meisten Autoren stimmen darin überein, daß eine Mitbeteiligung des Lippenrotes ziemlich oft vorkommt, während eine Erkrankung der Mundschleimhaut immerhin kein häufiges Vorkommnis ist. Haslund hat bei 162 Fällen von Lupus erythematodes 19mal eine Beteiligung der Lippen und nur 8mal eine Beteiligung der Mundchleimhaut festgestellt. Smith hat in 16 von 65 Fällen, also in 25 %, eine Beteiligung beobachtet und Culver sogar in 28 %.

Die sorgfältigste und eingehendste Schilderung des Krankheitsbildes auf der Mundschleimhaut verdanken wir Kren. Er berichtet folgendermaßen:

In typischen Fällen der Mundschleimhauterkrankung findet sich eine oberflächliche, gegen die gesunde Schleimhaut meist scharf abgegrenzte Entzündung mit erhabenem Rande, der sich gegen die Umgebung langsam abflacht, während er gegen die Mitte des Herdes steil abfällt. In der dunkelroten Randzone erkennt man einzelne erweiterte, äußerst dicht stehende, radiär

gestellte Gefäßchen, die sich in die Umgebung langsam verlieren. Die Mitte des Herdes zeigt eine atrophische, glatte, häufig violettrote Schleimhaut, die mit zahllosen weißen oder blauweißlichen, äußerst zarten, teils dicht, teils weniger dicht gestellten Pünktchen und Streifchen bedeckt ist. In den zentralen Partien finden sich öfters Erosionen und oberflächliche Ulcerationen.

Der Lupus erythematodes befällt mit Vorliebe die Gegend zwischen den Zahnreihen des Ober- und Unterkiefers. Diese Lokalisation kommt auch hier wieder daher, daß bei der Verwachsung der Mundspalte von hinten nach vorn entlang dem Saume eine Gegend entsteht, die der äußeren Haut verwandt ist, und daß aus diesem Grunde wohl die Krankheitsbereitschaft dieser Gegend auch der äußeren Haut ähnlich ist.

Seltener als die Schleimhaut der Wange wird die des Gaumens ergriffen und zwar meist des harten, aber auch des weichen Gaumens. Auch auf der Zunge wurde der Lupus erythematodes mehrfach beobachtet.

Die Wangenschleimhaut ist nach Trautmann in 42 % der Fälle von Mundschleimhautaffektionen befallen und zwar besonders in der Mitte der Zahnreihen. Hier trifft man den Lupus erythematodes in seiner typischen Entwicklung und hier nimmt er auch seine größte Ausdehnung an.

Die Mundschleimhautaffektionen des Lupus erythematodes können, wie Kren betont, typischer und ausgesprochener sein als die Hautaffektion und können ihrerseits gelegentlich zur Aufklärung einer zweifelhaften Hautaffektion dienen.

Soor.

Die Soormykose der Haut ist nach Alexander weitgehend charakterisiert durch verteilte oder gruppierte, vesico-pustulöse Efflorescenzen einerseits, trichophytieähnliche Bilder andererseits.

Die Primäreffloreszenz ist entweder ein oberflächlich gelegenes, stecknadelkopfgroßes schlaffes Bläschen, das sich zu einer Pustel entwickeln kann, oder ein linsengroßes, leicht erhabenes, scheibenförmiges Erythem mit kleinlamellöser Schuppung im Zentrum. Nach Platzen der Bläschen entsteht eine gerötete, der Hornschicht beraubte Stelle, begrenzt von einem unterminierten,

kragenförmigen weißen Schuppensaum. Die Mykose bevorzugt die Gegend des Afters, doch werden auch andere Körperbezirke wie Stamm, Hals, Arme, Beine, Fußsohle, Schleimhäute, Interdigitalräume, befallen.

In zweifelhaften Fällen wird man stets durch die Erbringung des Pilznachweises die Diagnose sichern können. Aber auch ein evtl. Mitbefallensein der Mundhöhle kann die Diagnose stützen helfen. Stets wird man bei einem Soorverdächtigen die Mundschleimhaut inspizieren.

F. W. Schultz schildert einen Fall, bei dem zwei Schwestern an einer Soormykose der Kopfhaut erkrankten, welche lange Zeit als seborrhoisches Ekzem betrachtet wurde. Erst die Miterkrankung der Mundhöhle und dann auch der Finger, Füße, Kniee und Ellenbogen brachte Aufklärung.

Der Soor der Mundschleimhaut, besonders bei jungen Kindern, imponiert als weißliche, stippchenförmige Auflagerungen, die bei längerem Bestehen zu dicken Membranen auswachsen können. Darunter findet man Schleimhautrötung. Unter älteren Belägen finden sich Erosionen oder selbst Ulcerationen. Gelegentlich kann die Soorinfektion sich von ihrem ursprünglichen Sitz an der Zungenspitze, Alveolarfortsätzen, Wangenschleimhaut, hartem Gaumen weiter ausdehnen auf die gesamte Mundhöhle, Kehlkopf und unter Umständen auf Speiseröhre und Magen.

Syphilis.

Da der Primäraffekt als örtliche Entzündungsreaktion anzusehen ist, braucht er in Hinsicht auf die Zielsetzung dieser Arbeit nicht abgehandelt zu werden.

Im zweiten Stadium der Syphilis findet eine Aussaat von Spirochäten durch das fließende Blut statt, als deren Folgen wir Allgemeinexantheme auf der Haut beobachten.

Die Exantheme können in verschiedener Form auftreten. Einmal als makulöser Ausschlag oder roseola syphilitica. Er ist ausgezeichnet durch schmutzig braunrötliche Flecken von rundlicher oder ovaler Form, bei denen die Rötung auf Druck verschwindet. Das Exanthem kann als klein- und großmakulöser Ausschlag auftreten. Stärkere Entzündungserscheinungen fehlen.

Zum anderen kann ein papulöser Ausschlag auftreten. Dieser kann klein- oder großpapulös sein. Er besteht im Auftreten ziemlich derber, abgeplatteter, zum Teil das Hautniveau deutlich überragender Knötchen. Die Form ist ausgesprochen rundlich. Die Farbe ist anfangs mehr rotbraun und geht dann deutlich in braun über. Als weitere Variationen des Ausschlages kann das sog. Bombensyphilid und ein pustulöser Ausschlag auftreten.

Diesen auf der Haut auftretenden Erscheinungen sind die Eruptionen in der Mundhöhle vollständig analog. Sie bekommen aber wegen des Bodens, auf dem sie sich entwickeln und infolge der durch ihre Lokalisation bedingten äußeren Verhältnisse ein eigenartiges und charakteristisches Gepräge.

Gleichzeitig mit oder manchmal auch schon vor dem Auftreten der Roseola auf der äußeren Haut, entstehen auf der Mundschleimhaut, meist beiderseits, kleinere oder größere erythematöse Flecken, die am weichen Gaumen gewöhnlich zu größeren Flächen konfluieren. Man bezeichnet diese Erscheinung als Angina luetica. Von einem gewöhnlichen Katarrh unterscheidet sich diese Angina einmal durch ihren fast beschwerdenlosen Verlauf, zum anderen durch die scharfe Begrenzung, die oft eine bogenförmige Linie am Übergang vom harten zum weichen Gaumen darstellt. Bei Vorhandensein scharf abgegrenzter Schleimhautrötungen wird man daher stets gut tun, eine weitere genaue Untersuchung vorzunehmen, da man nicht selten das gleichzeitig bestehende makulöse Exanthem entdeckt, das sehr oft der Beobachtung entgeht.

Das Schleimhauterythem pflegt in wenigen Tagen ganz zu verschwinden, es kann aber auch allmählich in das papulöse Stadium übergehen. Es bilden sich dann auf diesen oder jenen Flecken Epitheltrübungen und Erosionen.

Für gewöhnlich entstehen die Plaques muqueuses jedoch auf normaler Schleimhaut. Man findet dann zunächst zirkumscripte Zellinfiltrate im submukösen Gewebe. Makroskopisch stellen die Plaques scharf begrenzte flache Erhebungen von meist rundlicher Form dar. Allmählich entstehen dann die typischen Plaques als grauweiße, lockere Epithelverdickungen auf leicht geschwollener Schleimhaut mit schmaler, hyperämischer Randzone.

Diese spezifischen Efflorescenzen der Mundhöhle sind nicht selten das einzige sichere Symptom einer luetischen Infektion. Dies gilt besonders für die Fälle, wo der Primäraffekt unbemerkt verlaufen ist.

Kommt ein solcher Patient im zweiten Stadium mit syphilitischem Exanthem dann zum Arzt, so wird dieser bei typischer Form und Lokalisation des Exanthems an Syphilis denken und eine Wassermann'sche Reaktion anordnen.

Ist das Exanthem unspezifisch und ohne typische Lokalisation, dann kann eine Inspektion der Mundhöhle diagnostische Anhaltspunkte geben.

Die ausgebildeten Plaques muqueuses sind meist so eigenartig, daß sie mit nichts anderem verwechselt werden können. Am meisten charakteristisch ist die eigentümliche, perlgraue bis milchweiße, matte, fast samtartige Oberfläche, die aussieht, als ob eine dünne Lapislösung aufgepinselt worden wäre, die den an der betreffenden Stelle liegenden Schleim gefällt hat.

Die Plaques befallen am häufigsten die Schleimhaut der Lippen, der Wangen, der Zunge, des Gaumens und die Tonsillen. Sie gehören mit zu den am meisten infektiösen Syphilisprodukten und schon aus diesem Grunde ist ihre Diagnose von großer praktischer Bedeutung.

Auch die tertiärsyphilitischen Prozesse haben einen Lieblingssitz auf der Mundschleimhaut.

Die tertiäre Syphilis tritt allgemein in zwei Formen auf: einmal als oberflächliche Form, die als papulöses, tuberoserpiginöses oder ulceröses Syphilid vorkommen kann. Die zweite Form ist das Gumma.

Auch die Mundhöhle kann im tertiären Stadium der Syphilis zum Ansiedlungsort für die vorher genannten syphilitischen Produkte werden.

Das Gumma kann an der Lippen- und Wangenschleimhaut, am harten und weichen Gaumen und an der Zunge auftreten.

Diagnostisch machen die tertiärluetischen Erkrankungen der Zunge und des Gaumens manchmal nicht geringe Schwierig-

keiten. Differentialdiagnostisch wichtig ist das meist völlige Fehlen der Drüsenschwellung bei Lues III.

Folgenschwer ist vor allem eine etwaige Verwechselung zwischen Gumma und Carcinom. Sie kann schuld daran sein, daß der günstigste Moment zur Beseitigung eines bösartigen Tumors versäumt wird. Hier muß vor allen Dingen eine histologische Untersuchung eingeleitet werden, da es vorkommen kann, daß ein Syphilitiker gelegentlich an Carcinom erkranken kann oder, daß auf einer syphilitischen Narbe ein Carcinom entstehen kann.

Am öftesten schleicht sich der Fehler ein, daß bei Kranken, deren Anamnese Anhaltspunkte für Syphilis gibt, zuerst an ein Gumma und nicht an Krebs gedacht wird, besonders, wenn die Wassermann'sche Reaktion positiv ausfällt.

Für ein Gumma spricht Multiplizität der Herde, was beim Ca. äußerst selten vorkommt. Findet man am dorsum oder an der basis linguae einen ulcerierten Tumor, so macht dies ein Gumma wahrscheinlicher als ein Ca. An der Unterfläche der Zunge kommt ein Gumma fast nie vor. Das Auftreten von spontanen Blutungen oder auf leichte Verletzungen hin, sowie heftige Schmerzen sind beim Gumma selten.

Das gummöse Geschwür ist kraterförmig, mit scharf abgesetzten, steil in die Tiefe gehenden Rändern. Der Geschwürsgrund ist mit einer zähen, schmierigen, speckigen Masse ausgefüllt.

Wichtig für die Diagnose können auch ausgedehnte Vernarbungen an der Zunge sein, die beim Ca. kaum vorkommen.

Auch Faltenbildungen an der Zunge können auf stattgefundene tertiärsyphilitische Prozesse hinweisen. Die Atrophien und Schrumpfungen, die durch die sklerosierende syphilitische Glossitis entstehen, können der Lingua plicata gleichen, unterscheiden sich aber durch ihre Unregelmäßigkeit von ihr. Die Furchen verlaufen unsymmetrisch und ungleichmäßig. Sie sind ungleich tief und nicht so scharf eingeschnitten. Auch liegen die Ränder nicht so glatt beieinander, wie bei der Faltenzunge.

Auch die Folgezustände nach ulcerierten gummösen Prozessen des harten und weichen Gaumens können diagnostisch wichtig sein. Die Narbenstränge, brückenförmigen Adhärenzen, Verlötungen und vor allem die median gelegenen ovalären, scharf ge-

schnittenen Perforationen geben oft einen wichtigen Anhaltspunkt für eine früher überstandene Syphilis.

Auch die sog. glatte Atrophie des Zungengrundes ist nach Lewin und Heller als bleibendes diagnostisches Merkmal einer überstandenen Syphilis anzusehen.

Es ist eine altbekannte Tatsache, daß viele Organerkrankungen und Allgemeinerkrankungen Veränderungen in der Mundhöhle hervorrufen, die nicht selten von großer Wichtigkeit für die Erkennung dieser Krankheiten sind. Im folgenden soll nun die diagnostische Bedeutung dieser Veränderungen in der Mundhöhle bei den wichtigsten Allgemeinerkrankungen herausgestellt werden.

Masern.

Der Verlauf der Masern zerfällt in ein Prodromalstadium und in ein exanthematisches Stadium.

Der völlig entwickelte Masernausschlag ist sehr charakteristisch und eine Verwechselung mit ähnlichen Hautausschlägen dürfte nur selten vorkommen.

Das Exanthem beginnt mit zartroten Flecken von Stecknadelkopf- bis Linsengröße und unregelmäßiger Gestalt. Sie treten zuerst hinter den Ohren auf, in der Umgebung des Mundes und dann am behaarten Kopf. Sie nehmen schnell an Zahl zu und wachsen durch Konfluenz.

Vom Kopf aus wandern sie über den Hals nach dem oberen Rumpf und den Oberarmen, lokalisieren sich weiter am unteren Rumpf, am Gesäß und an den Oberschenkeln. Schließlich befallen sie Vorderarme und Hände und zuletzt Unterschenkel und Füße. Das vollausgebildete Stadium ist gewöhnlich nach zwei Tagen erreicht.

In diesem ausgebildeten Stadium ist das Exanthem in den meisten Fällen, wie schon erwähnt, nicht schwer zu erkennen. Anders ist es mit dem beginnenden Masernexanthem und mit den verschiedenen Variationen und rudimentären Formen, besonders bei Erwachsenen.

Hier kann in vielen Fällen eine Erscheinung in der Mundhöhle von diagnostischer Bedeutung sein, die wir als die Koplikschen Flecken kennen.

Diese Koplikschen Flecken zeigen sich oft schon drei bis vier Tage vor dem Exanthem und sind ein wichtiges diagnostisches Merkmal, da sie mit Sicherheit die beginnenden Masern anzeigen. Ihr Sitz ist wieder die Saumgegend der Wangenschleimhaut, deren entwicklungsgeschichtlicher Zusammenhang mit der äußeren Haut in der Einleitung erläutert wurde. Sie erscheinen als kleine bläulichweiße oder gelblichweiße, leicht erhabene Fleckchen, die die Größe eines kleinen Stecknadelköpfchens erreichen können. Sie sind meist von einem schmalen hyperämischen Hof umgeben. Dieser kann mit anderen konfluieren, sodaß die Fleckchen aus einer flächenhaft geröteten Schleimhaut hervorleuchten. Die Höfe können auch fehlen.

Die Koplikschen Flecken bestehen in 90 % aller Masernfälle im Initialstadium, verschwinden aber oft schon am zweiten oder dritten Tage des Exanthems.

Vor dem Auftreten des Exanthems im Initialstadium der Masern ist es mitunter recht schwer, mit einiger Sicherheit zu sagen, ob es sich um beginnende Masern handelt oder nicht, und doch ist gerade in dieser Krankheitsperiode die richtige Erkennung von größter Bedeutung, weil die meisten Ansteckungen in diesem Stadium erfolgen. Das sicherste Frühsymptom sind eben die Koplikschen Flecken.

Die anderen Prodromalerscheinungen wie Fieber, Konjunktivitis, Schnupfen, Husten, können auch bei Influenza, Keuchhusten oder einer gewöhnlichen Erkältungskrankheit vorkommen. Entscheidend sind die Koplikschen Flecken, die bei masernähnlichen Infektionskrankheiten nicht vorkommen.

Gibt man einem Fieberkranken ein Chininpräparat, so kann in manchen Fällen ein morbilliformer Arzneiausschlag auftreten. Vor der Fehldiagnose „Masern" kann in diesen Fällen ein Blick in die Mundhöhle schützen, da beim morbilliformen Arzneiexanthem keine Koplikschen Flecken auftreten.

Da die Flecke meist zwei bis drei Tage nach Ausbruch des Exanthems bestehen bleiben, können sie zur Diagnose des oft in den ersten Anfangsstadien unklaren Hautexanthems gute Dienste

leisten. Am dritten Tage, wenn das Hautexanthem seinen Höhepunkt erreicht hat und dann meist keine diagnostischen Schwierigkeiten macht, sind die Koplikschen Flecken meist verschwunden.

Scharlach.

Der Scharlach beginnt in seinen typischen Fällen mit Erbrechen, Halsschmerzen, Mattigkeit und Fieber. Nach diesem Prodromalstadium, das meist nur 24 Stunden dauert, sich aber auf 3—4 Tage ausdehnen kann, erscheint der Hautausschlag.

Im Gesicht zeigt sich ein düsterrotes Exanthem, das sich schmetterlingsartig auf den Wangen ausbreitet, den Nasenrücken bedeckt und häufig auch die Stirne überzieht. Während der Scharlachausschlag im Gesicht meist als diffuse Röte auftritt, ist der besondere Charakter des Exanthems vom Hals an nach abwärts deutlich zu erkennen. Es besteht aus kleinsten, dicht beieinanderstehenden, zart-rosaroten Tüpfelchen. Diese können Stecknadelstich- bis Hirsekorngröße erreichen, die von weitem gesehen eine gleichmäßig rote Fläche darbieten. Erst beim näheren Besehen löst sich diese rote Fläche in einzelne Fleckchen und Spritzerchen auf. Der Ausschlag bedeckt vom Hals aus weiterhin den Stamm, die Streck- und Beugeseite der Extremitäten. Eine Lieblingslokalisation ist das Schenkeldreieck. Je heftiger der durch die Infektion gesetzte Hautreiz, umso stärker tritt der follikuläre Charakter dieser Elementareffloreszenzen hervor, der sich bis zur deutlichen Schwellung der Hautfollikel steigern kann. Wenn sich die Entzündung noch weiter steigert, kommt es zur Bildung kleinster Bläschen. Auch treten nicht selten Hämorrhagien auf. Aus diesem Grunde ist die sog. Quetschprobe, die Erzeugung des Rumpel-Leedschen Phänomens, ein diagnostisches Hilfsmittel. Ein anderes diagnostisches Hilfsmittel ist die sog. Dermographie blanche. Außerdem besteht eine Eosinophilie.

Diese diagnostischen Merkmale sind jedoch nur bei intensivem Exanthem deutlich zu sehen und in diesen Fällen ist die Diagnose leicht zu stellen.

Bei schwächerer Entzündung der Haut ist der folliculäre Charakter der Elementareffloreszenzen jedoch nicht deutlich ausgebildet. Wenn hierzu das Fehlen der typischen Lokalisationsstellen

kommt, kann eine Diagnose große Schwierigkeiten machen und die Unterscheidung gegenüber anderen Ausschlägen, besonders Masern und Röteln ist dann kaum möglich. In diesen Fällen kann ein Blick in die Mundhöhle von ausschlaggebender Bedeutung sein.

Da der Atemtraktus am ehesten von der lokalen Infektion befallen wird, ist es klar, daß Mund und Nase auch die ersten Erscheinungen zeigen und zwar vor dem Auftreten des Hautexanthems.

Die Tonsillen sind dunkelrot und geschwollen und zeigen häufig bereits gelbliche Streifen und linsengroße Flecken. Die Schleimhaut der Uvula und der vorderen Gaumenbögen zeigt dunkle Röte, die sich in einer oberhalb des Uvulaansatzes querverlaufenden Linie scharf absetzt gegen die etwas blassere Farbe des vorderen Gaumens. Diese scharfe Grenze ist charakteristisch für den Scharlach und eines der ersten Symptome, das für die Diagnose von Wichtigkeit ist.

Die Zunge ist mit einem grauweißen Belag bedeckt, aus dem in den vorderen Partien und am Rande schon die Papillae filiformes rötlich hervorschimmern. Die Zunge reinigt sich allmählich von ihrem dicken, grauweißen Belag und verliert durch Abschilferung ihre oberflächlichste Epithelschicht, sodaß die geschwollenen Papillen auf hochrotem Untergrund zum Vorschein kommen und ihr das charakteristische himbeerartige Aussehen geben. Sie ist dabei häufig etwas trocken und rissig. Die Himbeerzunge ist danach kein Initialsymptom, sondern ist am schönsten ausgeprägt am dritten bis fünften Tage. Erst ganz allmählich im Verlaufe von 14 Tagen verliert sich die Röte und die Schwellung der Papillen nimmt wieder ab.

Die Mundhöhle ist mit ihren Erscheinungen ein getreues Abbild des Krankheitsverlaufes. Solange sich die Krankheit im fortschreitenden Stadium befindet, nehmen alle Erscheinungen im Munde zu.

Agranulozytose.

Die Agranulozytose beruht auf einem Schwund der granulierten Blutzellen. Die Diagnose ist aus dem Blutpräparat nicht schwer zu stellen.

Durch welche Krankheitszeichen kann man nun auf die Vermutung einer Agranulozytose gebracht werden?

Der Patient wird leicht müde und schlapp und klagt über leichte Schweißausbrüche; die Temperatur ist etwas erhöht. Durch den Mangel an Leukozyten hat die Widerstandskraft des Körpers sehr gelitten und ist gegen Infektion ziemlich machtlos.

Meistens sind es kleine Schleimhautwunden in der Mundhöhle, die die Eingangspforte für die Infektion bilden. Es kommt zu Ödemen, fibrinösen Ausschwitzungen und weißlichen Belägen, die manchmal Ähnlichkeit mit Diphteriebelägen haben. Die Beläge beginnen nach der Tiefe zu wachsen und zerfallen sehr schnell in nekrotische, geschwürige Prozesse. Das Krankheitsbild besteht also aus Leukozytenmangel und Gewebsnekrose.

Den Anfang machen meist die Tonsillen. Hier kann das Bild von der einfachen bis gangränösen Angina reichen. Der Prozeß kann sich von hier auf die Gingiva und die umgebende Schleimhaut ausbreiten. Er kann aber auch schlundabwärts wandern, nachdem er Rachen- und Schlundring ergriffen hat. Auch die Zunge zeigt ein merkwürdiges Bild. Es beginnt mit einer schmerzhaften Schwellung, die zunächst rot bis dunkelrot verfärbt ist und mit fortschreitendem Prozeß braun bis blauschwarz wird. Der nekrotisierende Prozeß kann den ganzen Verdauungsschlauch befallen. Durch Sepsis kann Exitus eintreten.

Obwohl die Erscheinungen in der Mundhöhle keine Frühsymtome, sondern Zeichen des fortgeschrittenen Prozesses sind, sind sie trotzdem von großer Bedeutung, da sie meistens die ersten Erscheinungen sind, die der Arzt oder Zahnarzt zu sehen bekommt. Man muß also bei hartnäckigen, geschwürigen und nekrotischen Prozessen in der Mundhöhle, die den üblichen Behandlungsmethoden trotzen, stets an die Möglichkeit einer Agranulozytose denken und die Blutuntersuchung veranlassen.

Leukämie.

Die Leukämie ist gekennzeichnet durch Erbrechen, Appetitlosigkeit, gelegentliche Diarrhöen, Fieber, Kopfschmerzen und Gliederschmerzen. Diese Anfangssymptome sind jedoch sehr uncharakteristisch. Die Diagnose Leukämie wird erst gelenkt durch

die Schwellung der Milz, den körperlichen Zerfall, die hämorrhagische Diathese und das Blutbild.

Aber auch in der Mundhöhle gibt es Erscheinungen, die gerade dem Zahnarzt Anregungen zur Diagnose geben können.

Aus der Vielzahl der klinischen Mundbeobachtungen sind besonders das leichte Bluten des Zahnfleisches, das höckerige Aussehen der Rachenwand und die Schwellung des lymphatischen Apparates, hauptsächlich der Tonsillen, zu nennen.

Das Zahnfleisch und die Mundschleimhaut bluten bei der geringsten Berührung. Durch Sekundärinfektion können Ulcerationen und Nekrosen entstehen.

Wenn die rein örtlichen Behandlungen der Blutungen und Geschwüre keinen Erfolg haben, muß der Zahnarzt immer an die Möglichkeit einer Blutkrankheit denken. So können hier die Erscheinungen in der Mundhöhle zu einem wichtigen Glied in der Diagnosestellung werden.

Perniciöse Anämie.

Die perniciöse Anämie beginnt mit einem Prodromalstadium, in welchem der Patient über ein gewisses Gefühl der Müdigkeit und Schwäche klagt. Meistens wird einer Überarbeitung die Schuld an diesem Zustand zugeschoben.

Alsdann treten als Zeichen der fortschreitenden Erkrankung Zungenschmerzen auf, die die Nahrungsaufnahme erschweren. Außerdem besteht eine starke Empfindlichkeit der Zunge gegen Kälte, Hitze, saure Speisen, starke Gewürze usw.

In diesem Stadium ist für den Beobachter schon eine Diagnose möglich: auf dem Zungenrücken treten, besonders an der Spitze, meist ganz unregelmäßig verstreute Flecke und Streifen auf, die dadurch entstehen, daß in ihrer Ausdehnung das Epithel sehr stark verdünnt, stellenweise sogar defekt ist. Im Bereich der geröteten Partien sind die Papillen oft stark hypertrophisch. Diese Herde sind in erster Linie auf dem Rücken und der Spitze, sowie an den Seitenrändern der Zunge lokalisiert. Die übrigen Teile der Zunge zeigen normales Aussehen. Dieses Krankheitsbild ist unter dem Namen der Hunterschen Glossitis bekannt.

Es ist für den Zahnarzt besonders wichtig, da die Patienten beim Auftreten von Zungenschmerzen, in der Meinung, es handele sich um eine örtliche Erscheinung, den Zahnarzt aufsuchen. Ist nun der Zahnarzt in der Lage, auf Grund der Symptome eine schnelle Diagnose zu stellen, dann kann der Patient früh einer Allgemeinbehandlung zugeführt werden, was für die Prognose des Leidens von großer Bedeutung ist.

Aus den vorhergehenden Ausführungen ist ersichtlich, daß die Betrachtung der Mundschleimhaut in vielen Fällen von unklaren Dermatosen entscheidend die Diagnose beeinflussen kann. Auch bei einer Reihe von Allgemeinerkrankungen entstehen in der Mundhöhle typische Bilder. Das Entscheidende ist nur, daß man überhaupt an eine mögliche Mitbeteiligung der Mundhöhle denkt. So ist also das spezielle Arbeitsbereich des Zahnarztes in vielen Fällen berufen, als ein wichtiger Faktor bei der Diagnosestellung mitzuwirken oder gar als die einzige Möglichkeit einer Diagnosestellung zu fungieren.

Schrifttum

Arzt-Zieler: Die Haut- und Geschlechtskrankheiten. Verl. Urban u. Schwarzenberg, Berlin, Bd. II 1935, S. 451 ff. Bd. III 1934, S. 395 ff., S. 377 ff., S. 671 ff. u. S. 114 ff.

Frieboes: Atlas der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Verl. F. C. W. Vogel, Leipzig 1928.

Memmesheimer: Kurzer Leitfaden der Haut- u. Geschlechtskrankheiten. Montana Verlag A. G., Leipzig 1930.

v. Mikulicz u. Kümmel: Die Krankheiten des Mundes. Verl. G. Fischer, Jena 1922.

Jadassohn: Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Verl. Julius Springer, Berlin. Bd. VI, 2 1928, S. 591 ff. Bd. VII, 2 1931, S. 1 ff., S. 358 ff. Bd. XI, 1 1931, S. 688 ff. Bd. XI 1928, S. 893 ff. Bd. XIV, 1 1930, S. 1 ff., S. 419 ff., S. 424 ff.

Jochmann-Hegler: Lehrbuch der Infektionskrankheiten. Verl. Julius Springer, Berlin 1924.

Schick: Der Mund als Spiegel d. Krankheit. Verl. J. A. Barth, Leipzig 1939.

Schumacher: Der Bau der Wangen (insbesondere deren Innenbekleidung) verglichen mit dem der Lippen. Z. Anat. Bd. 73, S. 284 (1924).

Zieler: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Verl. Urban und Schwarzenberg, Berlin 1934.

Zurhelle: Isolierte Dermatosen der Mundschleimhaut. Ztrbl. d. Haut- und Geschlechtskrankheiten. Jahrg. 1926.

Mayr: Kurzes Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Verl. Müller und Steinicke, München 1935.

Lebenslauf

Ich, Richard Wolf, bin als Sohn des Berufsschullehrers Josef Wolf am 18. 7. 1915 in Heppenheim/Bergstr. geboren. Ich besuchte vier Jahre die Grundschule und neun Jahre die Oberrealschule zu Heppenheim. Am 5. März 1934 legte ich daselbst die Reifeprüfung ab. Vom 22. Mai bis 15. Oktober 1934 absolvierte ich das Werkhalbjahr für Studenten. Im WS 1934/35 immatrikulierte ich mich als stud. med. dent. an der Universität Heidelberg. Am 2. April 1936 legte ich dort die zahnärztliche Vorprüfung ab und im Herbst 1938 das zahnärztliche Staatsexamen.